

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1921-1922. N° 109

DES TROUBLES MENTAUX DANS L'ÉPILEPSIE CONVULSIVE

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Juillet 1922

PAR

Svétislav ZARITCH

Né à REGOVATZ (Royaume des Serbes, Croates et Slovènes), le 6 Août 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		LE DANTEC, professeur.....	Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		LANDE, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 109

DES TROUBLES MENTAUX DANS L'ÉPILEPSIE CONVULSIVE

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Juillet 1922

PAR

Svétislav ZARITCH

Né à REGOVATZ (Royaume des Serbes, Croates et Slovènes), le 6 Août 1895

Examineurs de la Thèse

{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
	LE DANTEC, professeur	{ Juges.
	PERRENS, agrégé.....	
	LANDE, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Victor GAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	Médecine expérimentale... FERRÉ.
Clinique externe.....	Clinique ophtalmologique. LAGRANGE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCE.
Clinique d'accouchements.	Clinique gynécologique... BEGOUIN.
Anatomie Pathologique et microscopie clinique...	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Anatomie.....	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	Physique pharmaceutique. SIGALAS.
Physiologie.....	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC.
Hygiène.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUILH.
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE.
Chimie.....	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
Botanique et matière médicale.....	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
Pharmacie.....	
Zoologie et parasitologie..	

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie { N.....	Médecine générale..... { LEURET.
Histologie..... { N.....	DUPERIE.
Physiologie..... { LACOSTE (chargé).	CREYX.
Anatomie pathologique... { MURATET.	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences { R. SIGALAS (chargé)	Maladies mentales..... PERRENS.
naturelles..... { N.....	Médecine légale..... LANDE.
Physique biologique et médicale.....	Chirurgie générale..... { ROCHER.
Chimie biologique et médicale.....	DUVERGEY.
Médecine générale..... { N.....	PAPIN.
PETGES.	Obstétrique..... { PERY.
CARLES (J.).	Ophtalmologie..... { FAUGERE.
MAURIAC.	Pharmacie..... TEULIERES.
	N.....

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{na}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Faible témoignage de la plus vive
affection et de la plus profonde
reconnaissance.*

A MON PÈRE

*Hommage de gratitude et de
respect filial.*

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Amour fraternel.

A MON NEVEU

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. GIMBAL

MÉDECIN - DIRECTEUR DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE VAUCLAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. CRUCHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Il y a bientôt huit ans que s'incarna dans les esprits allemands la doctrine philosophique de prussianisme triomphant et que la morale des théoriciens et des grands hommes du pangermanisme condamna la pitié humaine et préconisa la force, la ruse et la cruauté brutale. Il y a six ans que la Serbie écrasée, meurtrie et martyrisée gémissait encore sous les coups féroces de la tyrannie austro-allemande et que la France crispée dans ses propres souffrances lui tendait fraternellement la main de grâce et de salut ! Mais si dans ces temps hélas si proches de détresse mondiale, il n'y avait aucune règle reconnaissant le droit d'exister à des vies humaines « qui ne créent pas de valeurs », il y avait dans la nature des lois éthiques qui la régissent, des lois divines d'harmonie et de justice. Et tandis que les coupables expient aujourd'hui leurs justes châtiments, toutes les nations libérées par le sang français viennent rendre leur témoignage à la grandeur de la vaillance et des sacrifices de cette Libératrice, la France, et jurer à ses morts une gratitude éternelle. La Serbie, noble de par sa fidélité d'esclave, est fière à rendre ce témoignage de reconnaissance à sa généreuse bienfaitrice, la France, à cette bâtisseuse de liberté, d'énergie et de droiture pour l'humanité entière.

Nous ne saurions dresser en une gloire d'apothéose ces grandeurs des qualités françaises sans invoquer l'image de la Science et de la Pensée française, l'image aussi de cette France, qui à travers des siècles fut et reste toujours la

source vive et impérissable de progrès et de civilisation universelle et où nous sommes trop heureux de venir puiser sa haute et bienfaisante culture. Avec l'amour de notre seconde patrie, nous emporterons dans nos esprits émancipés et enrichis, le culte du génie français.

Puissent nos sentiments sincères et reconnaissants trouver l'écho dans les grandes âmes de tous les Français, de tous nos amis français qui, durant notre séjour dans leur noble pays, nous donnèrent tant de preuves de leur générosité et de leur sympathie.

Un pieux devoir nous reste : celui de remercier tous nos Maîtres éminents de la Faculté de Médecine de Bordeaux qui nous ont prodigué pendant de longues années de nos études leurs bienveillants conseils et leurs savants enseignements.

Notre reconnaissance particulière va à Monsieur le Professeur Abadie pour son obligeant accueil et l'empressement qu'il a mis à accepter la présidence de notre thèse.

Enfin au moment de nous séparer, nous voulons remercier M. le Docteur Gimbal, qui nous a beaucoup aidé dans notre travail et qui durant deux ans de notre internat à l'asile de Vauclaire n'a cessé de nous témoigner son amitié et ses sympathies.

DES TROUBLES MENTAUX

dans l'Épilepsie convulsive



HISTORIQUE

Si les manifestations motrices de l'épilepsie ont été connues dès la plus haute antiquité, ses manifestations psychiques, ses délires, au contraire, ont passé très longtemps inaperçus. Hippocrate, dans son chapitre sur le mal sacré, cite des observations des malades qui, perdant toute connaissance, « font des fuites hors la maison ».

Aretée, médecin de Capadoce du premier siècle, indique l'existence d'hallucinations terrifiantes et la démence qui en résulte, mais n'insiste pas sur les délires spéciaux.

Zacchias, au ^{xvii}^{me} siècle, s'occupe surtout de la médecine légale des aliénés et admet que tout épileptique est irresponsable trois jours avant et trois jours après une attaque.

Au commencement du ^{xviii}^{me} siècle, Pinel prépare une étude complète des manifestations de l'épilepsie et obtient que ces malades soient placés dans des quartiers spéciaux.

Esquirol attire l'attention sur les troubles mentaux des épileptiques, et c'est avec lui que commence la première période de l'histoire des délires chez les épileptiques. Il considère l'épilepsie comme une névrose, entité morbide, capable de se compliquer d'aliénation mentale. Les délires chez les épileptiques n'appartiennent pas à l'épilepsie, mais bien aux formes d'aliénation qui la compliquent. Sur 339 épileptiques, il constate que les quatre cinquièmes sont

plus ou moins aliénés; un cinquième seulement conserve l'usage de la raison, et quelle raison !

Les travaux des élèves d'Esquirol, Calmeil, Cazau-vieilh, Bouchet, démontrent l'influence de l'épilepsie sur les facultés intellectuelles, qu'elle affaiblit jusqu'à la démence.

Bouchet, en outre, considère l'épilepsie comme le symptôme d'une congestion du cerveau, pouvant se manifester sous toute autre forme que celle d'un accès convulsif.

Déjà donc était émise l'idée que d'autres manifestations que les manifestations motrices sont considérées de nature épileptique et qu'elles peuvent même exister seules en dehors de tout phénomène moteur.

C'est la deuxième période de l'histoire des délires chez les épileptiques, la période de l'épilepsie larvée, dont le défenseur le plus ardent est Morel.

Billot, en 1850, dans les *Annales médico-psychologiques*, pose la question des rapports qui existent entre les attaques de l'épilepsie et les accès de fureur.

Les thèses de Cavalier, Guillermin, Haushalter établissent l'existence d'un délire épileptique.

Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, constate que, parfois, le trouble mental précède ou suit les accès à notables distances.

Morel, en 1860, dans son *Traité des maladies mentales*, consacre un chapitre important à « la folie épileptique ». Il décrit trois périodes distinctes à la marche de cette folie : la première période est marquée par des modifications du caractère des épileptiques par une instabilité « qui se traduit sous les formes les plus diverses et les plus compromettantes » ; la deuxième période est remarquable par des tendances dangereuses résultant des délires systématisés ; dans sa troisième période, enfin, l'épilepsie « perd de plus en plus son caractère délirant pour venir se fondre dans les symptômes qui signalent la démence et la paralysie générale ».

Falret étudie l'état mental des épileptiques en dehors des attaques convulsives qui peuvent le produire, mais qui peuvent aussi n'avoir avec lui qu'une relation éloignée. Il divise les troubles intellectuels des épileptiques en trois catégories principales : dans une première, il place « les troubles qui se produisent avant, pendant ou après l'accès épileptique et qui peuvent être considérés comme un simple épi-phénomène de l'accès convulsif » ; dans une deuxième, « ceux que l'on constate habituellement pendant les intervalles de leurs attaques » ; dans une troisième, enfin, ceux qui ont une plus longue durée, qui constituent une véritable folie et qui surviennent sous forme d'accès méritant une description spéciale, soit en relation directe avec les attaques convulsives, soit d'une manière indépendante. Ces derniers méritent le nom de « folie épileptique ».

Billard admet que le délire et la convulsion constituent deux symptômes d'un même mal.

Bientôt, la conception doctrinale de l'épilepsie se modifie. Les épilepsies symptomatiques prennent une place prépondérante, tandis que le cadre de l'épilepsie, névrose essentielle, se restreint de plus en plus, et l'épilepsie syndrome va remplacer l'épilepsie, entité morbide.

Ainsi, cette évolution doctrinale entre dans une nouvelle phase qui marque la troisième période de l'histoire des délires chez les épileptiques, période où ces délires sont étudiés non seulement suivant leur cause, mal comitial, mais aussi suivant leur condition, c'est-à-dire l'existence de délires non épileptiques.

Magnan admet le délire épileptique isolé, désigné sous le nom d'épilepsie larvée; il insiste sur l'inconscience du délire épileptique, sur la coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales. Il démontre l'existence de l'épilepsie absinthique, avec son vertige, son attaque, son délire hallucinatoire précoce et son délire inconscient qui suit l'attaque.

Fournier et Féré citent des observations d'épilepsie partielle accompagnée de délires.

Jakson attire l'attention sur les cas d'automatisme lié à l'épilepsie.

Janet compare les actes commis brusquement par certains épileptiques aux actes des individus cataleptiques.

Féré considère que les principales formes des accès psychiques sont les absences et les impulsions.

En résumé, féconde a été cette troisième période de l'histoire des délires chez les épileptiques.

Aujourd'hui, tous les auteurs admettent, quelle que soit la variété de l'épilepsie et quelle qu'en soit l'origine, l'existence des troubles mentaux épileptiques apparaissant soit avant, soit après, soit dans l'intervalle ou en dehors de tout accès convulsif, constituant dans ce dernier cas de véritables paroxysmes mentaux ou équivalents psychiques du mal comitial.

État mental des épileptiques.

Il est peu d'épileptiques qui ne présentent pas, à certains moments, quelques troubles intellectuels.

Parmi ceux que nous avons étudiés, il n'en est pas un qui ne soit atteint d'une façon ou d'une autre. Cela tient, sans doute, à ce que les épileptiques des asiles diffèrent des épileptiques soignés dans leur famille. L'explication en est encore plus simple si l'on pense que les épileptiques ne viennent à l'asile que parce que certaines réactions d'ordre intellectuel nécessitent leur internement. Un bon nombre n'offre que le minimum de troubles mentaux; normaux avant et entre les attaques, ils se distinguent seulement par une obnubilation intellectuelle qui survient immédiatement après leur attaque, d'une intensité variable, d'un temps aussi variable et nécessaire pour que les facultés intellectuelles, annihilées par le choc épileptique, reviennent à leur fonctionnement normal. Certains présentent avec cette hébétude post-convulsive une instabilité dans le caractère, instabilité qui commence au moment même où l'hébétude est sur le point de disparaître. Elle est plus ou moins durable, mais le plus souvent ne dépasse pas quelques heures. Elle survient d'une façon spontanée ou provoquée souvent au cours des relations que ces malades ont avec leur entourage, et se manifeste par des réactions plus ou moins violentes, soit dans leurs actes, soit dans leurs paroles.

La plupart des épileptiques sont atteints d'un affaiblissement intellectuel plus ou moins prononcé. Cet affaiblissement peut être congénital ou acquis, dû à l'épilepsie même ou à une autre cause. Ces deux sortes d'affaiblissement peuvent coexister, et alors il est très difficile de distinguer ce qui revient à l'une ou à l'autre cause.

Il est incontestable que l'épilepsie est susceptible à elle seule de provoquer un affaiblissement mental très variable dans sa forme et dans son intensité. L'ictus épileptique, par sa violence brusque et brutale, explique facilement le retentissement de cet ébranlement sur les plus délicates des facultés intellectuelles, qui s'usent de plus en plus et finissent par aboutir souvent à l'irréremédiable démence.

L'absence et le vertige ont de même les plus fâcheuses conséquences sur les fonctions psychiques. Falret a particulièrement insisté sur ce sujet.

D'une façon générale, l'on peut admettre que les attaques, aussi bien que les absences, les vertiges s'accompagnent d'autant plus facilement d'affaiblissements intellectuels qu'ils sont plus précoces et plus fréquents.

Il faut prendre en considération aussi le terrain sur lequel évolue le mal comitial. Cela explique comment la manifestation de forme et d'intensité semblables détermine chez les uns un affaiblissement notable, chez les autres un affaiblissement peu accentué. Cet affaiblissement est caractérisé par des troubles dans le fonctionnement des facultés cérébrales, et ces troubles eux-mêmes sont à l'origine des délires, d'où l'explication que les délires surviennent le plus souvent chez des épileptiques qui présentent un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Il y a des épileptiques qui délirent à un moment donné, mais qui, en dehors de ces délires, possèdent un état psychique normal. Et cela n'est pas rare; mais on peut admettre qu'en général le délire lié à l'épilepsie est intimement lié aussi à l'affaiblissement intellectuel et que ces deux phénomènes sont deux conséquences unies d'une même cause. Cet affaiblissement intellectuel présente des caractères distincts. Les sensations sont mal perçues. Les associations d'idées lentes à s'établir. Le temps de réaction est long. Les phénomènes mentaux se restreignent de plus en plus. Ils se localisent sur une idée ou sur un groupe d'idées, et la plupart des

épileptiques prennent une attitude presque toujours la même, commettent les mêmes actes.

La mémoire des épileptiques est souvent atteinte. Ils suivent la loi de régression : se souviennent mieux de faits nouveaux que de faits anciens. Souvent, ils localisent mal ces souvenirs dans le temps. La volonté est peut-être l'une des facultés les plus atteintes. L'épileptique réagit surtout avec ses centres inférieurs, qui produisent des actes automatiques, réflexes. Le jugement et le raisonnement le plus souvent font défaut. La conscience est abolie dans le plupart des cas, et les épileptiques ont souvent une connaissance très insuffisante de leur état.

Les troubles du caractère ne sont pas moins rares que ceux de l'intelligence. Tous les épileptiques presque donnent preuve, à un moment donné, d'une émotivité, d'une irritabilité excessives. Ils rougissent si on les regarde, détournent les yeux ou, au contraire, surtout s'ils sont excités, regardent avec une force d'expression bizarre. Cette irritabilité, parfois contenue, éclate brusquement avec violence à l'occasion du moindre motif.

L'épileptique, dépourvu de tout contrôle frénateur de ses passions, s'y abandonne parfois violemment tout entier. La tristesse, un état de dépression morale sont bien plus fréquents que la joie. Ils sont parfois la conséquence de la connaissance que l'épileptique a de son mal. La tentative de suicide est très rare.

Les sentiments affectifs diminuent et l'épileptique devient un des plus profonds égoïstes. Ses mœurs sont déplorables.

Enfin, des hallucinations de la vue, le plus souvent, atteignent l'épileptique.

CHAPITRE I

Délires liés à l'épilepsie convulsive.

Des délires de persécution

L'instabilité, l'émotivité sont des troubles très fréquemment observés chez les épileptiques. Ces troubles sont le point de départ de véritables délires de persécution. Supportant difficilement toute observation, toute exhortation, l'épileptique interprète mal les paroles, les actes de son entourage, et d'autant plus mal que l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles est plus prononcé. Cet affaiblissement joue un tel rôle dans la production de ces délires qu'il existe chez presque tous les épileptiques que nous avons observés. Ces délires de persécution sont en rapport proportionnel avec lui, et sont tantôt mal, tantôt bien systématisés. Les délires mal systématisés sont de beaucoup les plus fréquents.

L'épileptique émet de nombreuses plaintes vagues. On lui fait des misères, on lui en veut, on lui dit des sottises. Les mots orduriers, les insultes qu'on lui adresse sont parfois véridiques, mais l'épileptique, étant particulièrement sensible, les exagère dans la plupart des cas. Qu'un autre malade ait le malheur de le traiter d'un nom mal placé, il ne l'oubliera pas. Les troubles de la sensibilité générale,

les hallucinations, sont exceptionnels. Quand ils existent, il s'agit le plus souvent des hallucinations de l'ouïe ou plutôt d'illusions. Le contenu du délire est très pauvre. Si parfois le persécuteur est désigné, il est impossible à l'épileptique de préciser quels sont les mobiles qui ont poussé ce persécuteur à lui faire subir de mauvais traitements. Souvent il ne s'agit pas d'un, mais de plusieurs persécuteurs. Il ne sait pas bien qui cela peut être qui le persécute; « on lui en veut », telle est sa seule plainte. Il s'agit donc de délires très mal systématisés à base d'interprétation délirante, intimement liés à l'affaiblissement intellectuel et provoquant des plaintes, des récriminations, parfois des menaces et même des réactions violentes.

Très rares sont les délires bien systématisés. Ce qui les constitue, c'est encore l'émotivité, l'instabilité, les interprétations délirantes, rarement les hallucinations de l'ouïe. Ici, le persécuteur est désigné; la cause de ces persécutions est indiquée et les réactions sont d'une violence extrême.

Il est important de noter les rapports qui existent entre ces délires et les attaques, les vertiges ou les absences. Ces relations peuvent confirmer la nature comitiale. Ces délires se manifestent tantôt entre les autres manifestations épileptiques, tantôt au moment des attaques, absences, vertiges, tantôt après eux, ce qui est le cas le plus fréquent.

OBSERVATIONS

Bil..., 30 ans. — Aucuns antécédents héréditaires. — Épileptique depuis l'âge de 9 ans. — Le premier accès est suivi d'un second 3 mois plus tard, puis après le second les accès se succèdent tous les deux mois. Après plusieurs mois les crises deviennent moins espacées et les vertiges apparaissent. Les attaques sont typiques : perte de connaissance, convulsions. Durée de la crise : dix minutes environ. Après l'attaque, hébétude. — Entre ces attaques il est d'un caractère assez ins-

table, il se plaint qu'on ne le change pas de linge. Dans ses pantoufles, dans sa chemise il y a quelque chose qui ne marche pas. Il n'est jamais content. La nourriture est mauvaise. On l'insulte également. On le traite d'imbécile. On l'insulte toujours. — Avant son attaque rien de particulier, après il est hébété, puis il se livre à la violence.

Vil..., 39 ans, — Père éthylique, mère bien portante. Dans les antécédents personnels rien de particulier. — Epileptique dès l'âge de 11 ans. Accès généralisés très violents, une fois par semaine. — Avant son attaque il ressent une douleur très vive à l'estomac. Après l'attaque : moment d'absence suivi de sommeil. Au réveil courbature, céphalée. — Entre ses attaques, il se répand en plaintes contre les malades, contre l'un d'eux surtout, il s'excite, prononce des paroles incompréhensibles. Il est têtu. Il ne veut pas qu'on lui commande. Avant de venir à l'asile son frère le battait. C'était « une brute », ce frère.

Men..., 26 ans. — Antécédents nuls. — Epileptique depuis l'âge de 6 ans. Crises presque quotidiennes depuis des années. Vertiges très fréquents. — Avant attaque état d'agitation et d'excitation, déambulation. — Entre attaques plaintes du mauvais traitement qu'on lui fait subir. On lui fait des misères. Il y a des personnes qui lui disent qu'il fait exprès d'avoir des crises. Il réagit contre ceux qui le persécutent en les frappant parfois avec violence.

Chem..., 22 ans. — Epileptique depuis l'enfance. — Deux à trois grands accès par semaine. — Vertiges très fréquents : six à sept par jour. — Affaiblissement intellectuel très marqué. — Entre attaques, d'une indifférence complète avec période de rémission, où il manifeste quelques idées vagues de persécution. On lui fait du mal, on le bat, on lui en veut, « il n'en peut plus ». Ses idées sont aussi mal systématisées que possible. — Avant son attaque, il sent quelques secousses dans les membres supérieurs, puis il tombe. — Après son attaque il est hébété pendant une heure environ.

Fic..., 36 ans. — Aucun antécédent. — Etait bon élève à l'école, avait une bonne mémoire, exerçait le métier de plâtrier. — Epileptique depuis l'âge de 19 ans. — Au début : accès nocturne, se reproduisant toutes les trois semaines. — Deuxième internement. Le premier motivé par des troubles psychiques caractérisés par un état confusionnel avec idées délirantes, mystiques et réactions violentes, attaques fréquentes d'épilepsie. — Actuellement très affaibli au point de vue intellectuel. Attaques toutes les semaines. — Entre ses attaques il est très irritable, se plaint constamment qu'on s'occupe de lui, qu'on l'insulte. — Avant son attaque il est encore plus mauvais. Il présente comme des bouffées de délire de persécution à base d'interprétation délirante. — Après son attaque il est hébété pendant un certain temps, puis très violent et agressif.

Bar..., 23 ans. — Père éthylique, mère présenterait des crises convulsives. — Epileptique depuis l'âge de 13 ans. Au début, accès très espacés. A partir de 15 ans, crises très violentes. Il devient sombre, déprimé, apathique et incapable de travailler. Actuellement attaques très fréquentes et très violentes, suivies d'une période de confusion complète avec torpeur marquée. — Entre attaques, il manifeste des idées vagues de persécution ; les autres malades se moquent de lui, le frappent à coups de bâtons. Il ne veut plus rester ici et réclame qu'on lui donne sa sortie.

Chaum..., 43 ans. — Présente un affaiblissement marqué. Entre ses attaques, il est irritable, hargneux, jamais content. Il veut tout commander dans son quartier. Il est jaloux des autres malades, mécontent de son chef de quartier qui donne toujours plus de pain et plus de viande aux autres qu'à lui. Avant son attaque il ressent une douleur thoracique. — Après son attaque, il est fatigué, il a mal à la tête.

Mor..., 22 ans. — Début à 19 ans. — Hémiplégie spasmodique gauche infantile. La main en pronation est fléchie sur l'avant-bras. Les doigts sont en flexion forcée. Le pied en rotation en dedans et en flexion. — Il se plaint des misères qu'on lui fait ; il a des colères très violentes. Parmi ses per-

sécuteurs il en désigne un particulièrement. — En attaque, il tombe sur son côté paralysé et les convulsions prédominent dans le côté sain.

Plan..., 52 ans. — Epileptique depuis l'âge de neuf ans. — Affaiblissement intellectuel très marqué. — Entre ses attaques, il fait preuve d'un caractère très irritable. Il se dispute et même se bat pour le moindre motif. Il complote avec les autres malades contre un gardien qui lui a dit qu'« il lui ferait son affaire. » — Après son attaque il est encore plus irritable.

Lig..., 30 ans. — Début très jeune. — Peu d'affaiblissement intellectuel. — Avant et après son attaque, préoccupation de sa famille. — Entre ses attaques, il est assez irritable, se plaint particulièrement d'un autre malade ; « s'il pouvait, il le priverait de son tabac à priser, il l'enfermerait dans la cellule pendant le restant de sa vie. » — Avant son attaque, il présente un état mélancolique qui dure deux ou trois jours, jusqu'au moment où éclate l'attaque. — Après son attaque, il est hébété, déprimé.

F. Tou..., 54 ans. — Affaiblissement intellectuel très marqué. — Avant l'attaque, préoccupation de sa sortie qu'elle réclame avec insistance. Elle veut s'en aller, elle ne peut plus supporter ces « crapules ». Elle s'inquiète, s'agite, et au moment de sa plus grande excitation, l'attaque survient. — Entre ses attaques, elle est encore plus irritable, on veut lui faire du mal.

F. Chart..., 37 ans. — Malade fait preuve d'un caractère très irritable. — Avant son attaque, elle est triste, elle réclame ses parents qu'elle voudrait voir. — Entre ses attaques, elle se dispute, elle donne des coups. Se plaint contre la surveillante en chef et l'accuse de vouloir la faire « crever » toutes les fois que celle-ci l'envoie aux bains ou lui fait nettoyer la tête. — Après son attaque, elle est hébétée pendant une heure environ, puis s'agite, s'excite, déambule, très irritée.

F. Lig. . . , 29 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. — Avant l'attaque, rien de particulier. Après l'attaque, elle se livre à des actes automatiques : elle fait son lit et le refait, fait des paquets des objets qu'elle trouve, etc. . . Elle n'en garde ensuite aucun souvenir. — Entre attaques, elle se plaint contre des gens qui la battent, qui la traitent de « vache ». Ce sont des femmes, des malades qui lui font ces méchancetés et elle ne voit pas pour quel motif elles le font.

F. Fel. . . , 31 ans. — Pas d'affaiblissement intellectuel. — Pas d'hallucinations. — Entre ses attaques, elle se plaint qu'on lui donne des coups de poing et qu'on la traite de « putain ». Les insultes sont vraies, mais elle les exagère. — Vertiges très fréquents à la suite desquels, elle se plaint encore davantage de tout le monde. Elle demande à changer de quartier, puis, le lendemain, ne se souvenant que très vaguement de ses réclamations, elle ne veut plus changer de quartier.

F. Sal. . . , 35 ans. — Affaiblissement marqué. — Avant attaque, état d'agitation et d'excitation avec déambulation, interprétations délirantes, souvenirs vagues. — Après attaque, déambulation, pas de souvenir. — Entre ses attaques, elle est irritable, parfois manifeste des réactions violentes contre ses persécuteurs. — Elle a de fréquents vertiges pendant lesquels elle tombe en s'accrochant à des différents objets qu'elle ne veut pas lâcher et en criant « maman ». Après ses vertiges, amnésie complète. — Avant ses attaques, elle est très agitée. Elle court, elle se met à crier, se plaint qu'on lui dit des bêtises, qu'on lui a volé quelques objets, qu'on ne l'aime pas ici, puis l'attaque survient; de cet état, elle ne conserve aucun souvenir.

Lin. . . , 40 ans. — Affaiblissement intellectuel peu marqué, réaction violente, délires hypochondriaques, tentatives de suicides. Acte automatique après attaque, amnésie. — Entre ses attaques, il est très irritable. On lui fait tellement de misères qu'il aimerait mieux mourir. On l'insulte. On veut l'étrangler. Il a sauté sur un autre malade, parce que celui-ci pratique beaucoup la religion et cela l'agace énormément. Au

lieu de prières, il entendait des insultes que le malade religieux lui adressait. Un jour, il frappa violemment ce malade, au moment où celui-ci disait ses prières derrière la porte du dortoir et faisait des signes de croix. On a dû lui mettre le maillot. Mais en trompant la surveillance des gardiens, il prit avec ses dents une lanterne allumée et voulut mettre le feu dans son lit ne pouvant plus vivre ainsi. — En outre, il se plaint toujours d'être malade, de ne pas être soigné et offre l'argent pour acheter les remèdes qui le guériront.

PSYCHOSE PÉRIODIQUE

D'accord avec la tendance actuelle des auteurs de ne reconnaître plus ni manie ni mélancolie essentielle, du fait même que tout accès de manie ou de dépression mélancolique contient en germe les éléments de l'excitation et de la dépression (Orgues de Fursac) ; que les statistiques les plus récentes démontrent « l'extrême rareté sinon la non-existence de ces accès uniques, essentiels, qui ne sont uniques qu'en apparence et se rattachent comme les accès francs récidivants à la psychose périodique » ; enfin, et surtout, que, parmi le nombre de nos malades, nous n'avons jamais observé ni dans les états maniaques ni dans les états dépressifs, un seul cas à l'état isolé, nous ferons rentrer ces manifestations syndromiques dans la synthèse de psychose périodique.

États maniaques simples

Des états d'excitations maniaques sont généralement précédés d'une courte période prodromique de dépression mélancolique plus ou moins ébauchée. Ces états font partie du cortège habituel de l'épilepsie.

Ils sont de deux ordres : les uns sont liés aux autres manifestations comitiales, absences, vertiges, attaques ; les autres apparaissent en dehors de ces phénomènes et sont considérés comme des équivalents psychiques.

La forme légère de ces états maniaques simples est très fréquente. Les phénomènes d'excitation surviennent à l'occasion d'une cause inappréciable, telle qu'une discussion simple, par exemple. Ici encore, l'irritabilité, la sensibilité

exquise de l'épileptique apparaissent pour provoquer des réactions exagérées. Les excitations sont presque toujours semblables à elles-mêmes, et par leur intensité et par les manifestations qu'elles déterminent chez le même malade. A chaque nouvel accès, ce sont les mêmes plaintes, les mêmes récriminations, les mêmes phrases incompréhensibles. On peut dire que ces réactions sont stéréotypées. L'agitation est généralement peu intense. Elle est caractérisée par des mouvements peu ordonnés, par des gestes et surtout par un besoin de marcher, se manifestant sous une forme plus ou moins automatique. De ces états, le malade conserve d'ordinaire un souvenir assez précis. Leur terminaison est aussi brusque que leur apparition, et leur évolution est courte.

OBSERVATIONS

Guer..., 21 ans. — Ce malade, idiot, est très irritable. Entre ses attaques, il se bat, il mord ses visiteurs. — Avant son attaque, son agitation motrice s'accroît. — Après son attaque, hébétude pendant plusieurs heures.

Chant..., 34 ans. — Début très jeune, affaiblissement intellectuel marqué. Entre ses attaques, il est très têtu ; il est violent par moment. Il tient des propos incompréhensibles. Après ses attaques, il est très violent et s'oppose à ce qu'on veut lui commander. Cette excitation dure quelques heures.

F. Ble..., 26 ans. — Cette malade, idiote, est très irritable entre ses attaques. Elle est, par moment, agitée, excitée. Avant attaque, rien de particulier. Après attaque, hébétude pendant une heure, puis, un état maniaque très accentué, au cours duquel, elle crie, elle chante, elle déambule à grand pas. Cela dure deux jours environ. Son état mental ne permet pas de se rendre compte si, de ses états maniaques, elle conserve quelques souvenirs.

F. Rin..., 25 ans. — Malade idiot. Entre attaques, elle déchire, mord, frappe. La nuit, elle se lève souvent pour frapper ses voisines. Après attaques, elle est encore plus mauvaise : elle griffe, crie, mord, pleure, déambule. Cet état d'agitation et d'excitation très marqué dure environ un jour.

F. Dar..., 37 ans. — Idiotisme. Entre attaques, irritabilité : elle mord, crache à la figure de ses voisines. Avant attaque, agitation plus intense. Elle donne des coups de pieds et répète constamment la même phrase. Après attaque hébétude pendant deux heures environ.

F. Buis..., 56 ans. — Idiotisme. Gâtisme. Entre attaques des moments de violence et de colère. Avant attaques, rien de particulier. Après attaques, elle est méchante, excitée.

F. Kler..., 28 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. Entre attaques, irritabilité. Avant attaques, propos incompréhensibles et répétés. Après attaques, hébétude, puis un peu d'agitation et d'excitation.

F. Cast..., 39 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. Entre attaques, calme. Avant attaques, sensation d'éblouissement. Après attaques, irritabilité, agitation, violence.

États maniaques graves — Manie délirante

Les symptômes généraux de ces états sont les mêmes que dans la forme précédente. Ce qui les caractérise surtout, c'est le délire qui est constitué par des idées de grandeur, ambitieuse, religieuse, érotique.

On peut distinguer deux catégories de ces états maniaques :

Dans la première, l'excitation et l'agitation se manifestent par l'exagération des paroles et des actes, dont on peut retrouver l'origine dans la vie antérieure du malade.

Dans la deuxième catégorie, au contraire, les paroles

et les actes de l'épileptique n'affectent aucun rapport apparent avec ceux de sa vie antérieure.

Les états maniaques de la première catégorie débutent brusquement. L'excitation est très marquée, l'agitation très vive. Le malade parle haut et fort, il crie, il chante, mais ses paroles, ses chants sont presque toujours les mêmes. Dans ses discours, il n'y a pas de suite d'idées. Ses idées sont exprimées très rapidement et se succèdent sans systématisation. Il est relativement facile de fixer l'attention du malade et d'obtenir des réponses appropriées aux questions. Le cercle d'idées est plus ou moins restreint chez l'épileptique, mais il les exagère, les exprime violemment. L'agitation est très intense. L'insomnie, la règle. Le malade déambule à grands pas. Sa physionomie, ses gestes sont en rapport avec ses idées. S'il émet des idées de persécution, à la vue de son persécuteur il se jetterait sur lui. S'il exprime des idées de grandeur, d'ambition, il prend une attitude appropriée. Si ses idées sont érotiques, il prend des attitudes dans toute sa grossièreté et sa nudité. La fureur de ces épileptiques est parfois telle qu'elle peut être cause de suicide ou d'homicide.

Dans la deuxième catégorie de ces états maniaques, il est impossible de trouver un lien quelconque entre les paroles et les actes de l'accès et les paroles ou les actes de la vie antérieure du malade. Ici, les associations d'idées sont tellement vicieuses que le malade vit dans un monde irréel. Elles créent une sorte d'état second absolument distinct de l'état normal. Ces états seconds sont encore plus nets et plus fréquents quand les délires sont associés aux hallucinations, qui leur impriment une intensité plus grande. Ici aussi l'accès débute brusquement. L'excitation et l'agitation sont, dès le début, très intenses. L'attention du malade peut être pourtant fixée et l'on peut obtenir des réponses convenables. Mais les impulsions sont violentes, brutales, et les réactions si dangereuses qu'elles aboutissent souvent au suicide ou à l'homicide. Ces impulsions sont d'autant plus

dangereuses qu'elles apparaissent spontanément au milieu de ces états, sans qu'on en soupçonne le contenu.

Les accès de ces états maniaques disparaissent aussi brusquement qu'ils éclatent. Leur durée est de quelques jours au plus. Le malade n'en conserve généralement aucun souvenir ou un souvenir insuffisant,

OBSERVATIONS

Dal... 37 ans. — Entre attaques, malade très irritable. Il se bat à tout propos. Il est très violent. Présente des idées de persécution : on lui en veut depuis deux mois environ, surtout depuis le jour où on l'a mis en cellule. En effet, il y a deux mois, il a été mis en cellule à la suite d'un état d'agitation et d'excitation extrême. Depuis, il accablait de ses anathèmes les gardiens de son quartier, surtout le surveillant en chef. La simple vue de ce dernier le mettait dans un état de fureur effrayant. Il le menaçait du poing, le visage exprimant la colère la plus violente, lui reprochant d'être la cause de ses malheurs. Il gardait de ses paroles et de ses gestes un souvenir très vague. Cet état maniaque a duré environ cinq jours, puis a disparu brusquement. — Le malade sortit de sa cellule, mais bientôt, commit de nouvelles violences contre des malades. Et ainsi, pendant quatre mois environ, il présentait des alternatives de calme relatif et de fureur. Ses états de fureur survenaient presque toujours à la suite d'attaques, et étaient caractérisés par des manifestations violentes contre le surveillant en chef. — Mis à gardénal, il était resté tranquille pendant trois mois. L'interruption de l'administration du gardénal a été suivie d'un nouvel accès d'état maniaque identique au précédent, mais plus intense, avec comme idée directrice, la persécution dont le poursuivait le surveillant en chef.

États maniaques confusionnels

Les centres des sens de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat ne sont pas à l'abri de la décharge épileptique. Lorsqu'ils sont frappés, des hallucinations accompagnant les idées délirantes apparaissent. Ces hallucinations sont surtout visuelles, puis viennent, par ordre de fréquence, celles de l'odorat, du goût, de la sensibilité générale. D'autre part, les facultés intellectuelles les plus élevées, telles que jugement, intelligence, mémoire, stupéfiées par le choc épileptique brutal et violent, ne s'harmonisent plus en un tout compliqué et délicat, en une synthèse suprême, qui est la connaissance exacte de soi-même au milieu d'un monde réel, et l'épileptique est comme éliminé de lui-même et de la vie réelle pour être transformé dans une vie imaginaire constituée par des associations défectueuses et des idées morbides. Sa conscience subit une certaine obnubilation et la désorientation est complète.

L'accès débute brusquement; il est constitué par une combinaison vicieuse de troubles hallucinatoires et des idées délirantes se greffant sur un état maniaque d'agitation très vive. Les hallucinations de la vue sont les plus fréquentes; elles offrent un caractère doux, agréable. La nature des idées délirantes est très variable; les idées de grandeur, de persécution, et surtout les idées délirantes mystiques y prédominent. Des réactions impulsives très variées et parfois très dangereuses ne sont pas rares. Ces impulsions affectent les caractères communs de brusquerie, de violence, d'irritabilité, d'amnésie.

Ces états maniaques confusionnels peuvent exister tantôt associés aux autres phénomènes comitiaux, constituant dans ce cas une forme aiguë des épisodes confusionnels légers pré ou post-convulsifs; tantôt en dehors de toute manifestation comitiale, soit qu'il la remplace — équi-

valents — soit qu'ils se manifestent sous forme d'accès confusionnels ordinaires entre les accès convulsifs habituels.

OBSERVATIONS

F. Del..., 55 ans. — Léger affaiblissement intellectuel ; caractère peu irritable. Parfois il lui semble voir sa maison s'effondrer, elle croit qu'on va vendre tous ses meubles. Elle voit des gens qui s'approchent d'elle. Elle sent qu'elle va devenir folle. Elle demande même à être mise en cellule. Elle présente, alors, un état d'excitation et d'agitation extrêmes qui dure deux à trois jours et dont elle ne garde aucun souvenir. — Avant attaques, rien de particulier. L'attaque survient brusquement. Après attaques, elle tombe dans un état maniaque très accentué. Elle est aussi grossière dans ses paroles que dans ses actes. Elle prend des attitudes de nudité provocante, en faisant des gestes significatifs ; elle prononce les mots les plus orduriers. Cet état dure deux à trois jours, puis brusquement, le calme revient. De cet état la malade ne garde aucun souvenir. — A l'âge de 27 ans, cette malade a présenté un délire de persécution avec hallucinations de la vue et interprétation délirante. Cinq mois plus tard, elle est rentrée à l'asile pour la seconde fois, celle-ci, pour ses attaques d'épilepsie qu'elle a depuis l'âge de 14 ans.

F. Lart..., 31 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. — Entre ses attaques, cette malade est d'un caractère normal. Par moment, elle émet des plaintes : on veut lui faire du mal. Alors elle voit des hommes et entend les mots grossiers qu'ils lui adressent. Elle présente quelques délires hallucinatoires mystiques : elle cause avec un être imaginaire qui semble être le Bon Dieu. Revenue à elle, elle ne se souvient plus de rien.

F. Marc..., 42 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. — Entre attaques, cette malade présente des actes de violence. Elle raconte que la semaine dernière, sa mère est

venue la voir. Sa mère était vêtue d'une robe rose et coiffée d'un beau chapeau. Elle a donné un poulet à la gardienne de son quartier. Or, sa mère n'était pas venue à l'asile depuis deux ans. Elle n'a jamais donné de poulet à personne. — Avant l'attaque, rien de particulier. — Après l'attaque, elle commet des actes automatiques dont elle ne garde aucun souvenir. Parfois elle va, elle vient, elle semble être en proie à une violente fureur. Elle essaie de se sauver en se précipitant sur la porte, sur la fenêtre et en poussant des cris. Cet état dure une heure environ.

* * *

Il est des épileptiques qui présentent un état d'excitation et d'agitation continu. Les phénomènes psychomoteurs ne diffèrent quant à leur nature de ceux des états maniaques ordinaires, mais ils sont beaucoup moins marqués. Ces états maniaques finissent à la longue par déterminer une incohérence, un défaut d'attention nets et par faire de ces malades des pseudo-déments.

Ces états sont considérés en principe comme une forme circulaire de la psychose périodique, les symptômes maniaques et dépressifs s'intriquant jusqu'à un certain degré et les intermittences ayant été observées.

* * *

A côté de ces états maniaques, nous placerons à part certains délires qui se rattachent, de même que les états maniaques, à un sentiment d'exaltation de la personnalité, mais qui se manifestent par une excitation et une agitation orientées dans un sens déterminé et qui nécessitent un degré d'affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué. Par leur fréquence et par leur netteté, ils méritent d'être mis à part, bien qu'ils fassent partie des différents états maniaques où les auteurs placent généralement leur étude.

Délires ambitieux

Les idées ambitieuses sont fréquentes chez les épileptiques dans les moments d'exaltation. Parfois, elles prennent une telle importance qu'elles forment de véritables délires.

Ces délires sont pauvres d'habitude en raison directe de l'affaiblissement intellectuel, mais ils sont tenaces et invariables. Ils revêtent l'aspect d'un état maniaque ordinaire, ne différant de celui-ci que par leur contenu spécial, c'est-à-dire la prépondérance des idées ambitieuses, qui se traduisent par des propos continuels où le malade vante sa force, sa richesse, sa situation, sa santé.

OBSERVATIONS

Dup..., 54 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. — Ce malade a des idées de grandeur niaises, des idées de richesses puériles. Il possède 30.000 francs de rente ; l'asile lui appartient ; il possède une grosse propriété, quatre à cinq maisons. Il a été l'aide principal d'un général d'Etat-Major pendant la guerre. — Avec cela, il présente de l'inégalité pupillaire, mais sans signe d'Argyl, et un certain embarras de la parole. La parole est saccadée. Il prononce bien des mots tels que : « artilleur de l'artillerie ». Après ses attaques, il est hébété pendant deux heures environ. — Ce malade, de prime abord, pourrait être pris pour un paralytique.

Fer..., 39 ans. — Deux à trois attaques par mois. Présente un affaiblissement marqué. Entre ces attaques, il est très irritable, émet des plaintes contre des malades et des gardiens. On lui dit des sottises, on l'ennuie. Cependant il a une santé excellente. Il est très fort, il était un des meilleurs ouvriers. Il avait une très belle situation. — Avant attaques il est bizarre, ne répond pas aux questions et déambule sans but. — Dehors, il faisait abus de l'alcool et commettait ainsi des actes violents.

Délires religieux

Ces délires sont assez fréquents chez les épileptiques. Leur religiosité se traduit par des prières continuelles, par des signes de croix répétés. Parfois, ils ne connaissent pas de repos dans leurs pratiques religieuses; la nuit même ils se lèvent, s'agenouillent sur leur lit et lisent leur livre de messe ou font des louanges à Dieu sans qu'on puisse les faire taire. Au moment des absences, des vertiges, des attaques, le plus fréquemment après, ils prient davantage.

Ces délires ne diffèrent des accès maniaques ordinaires, de même que les délires ambitieux, que par leur contenu spécial, qui est une véritable excitation religieuse.

OBSERVATION

Rey..., 52 ans. — Attaques fréquentes. Affaiblissement intellectuel marqué. Entre ses attaques, délire de persécution : on le taquine, on se moque de lui, on le bat... Il est très religieux, il croit au Bon Dieu, à la Sainte-Vierge, mais il ne les a ni vus ni entendus. Il passe tout son temps à faire des prières et des signes de croix. La nuit, il se lève et se met à réciter ses prières à haute voix. Il a ses poches pleines de chapelets, son porte-monnaie plein de médailles. — Avant son attaque, ses prières redoublent d'intensité. — Après son attaque, il déambule pendant plusieurs heures, ses prières et ses signes de croix sont très fréquents. Il semble qu'il n'ait jamais eu d'hallucination.

Récits imaginaires

L'affaiblissement de la mémoire est un phénomène commun chez les épileptiques. Il est total ou partiel.

S'il est total, il porte sur toute l'étendue de la mémoire;

s'il est partiel, il n'intéresse qu'une partie de l'existence, et laquelle partie forme une lacune, comprenant un espace de temps plus ou moins considérable.

Tantôt le malade ne se souvient pas du tout des actes de sa vie pendant ce temps, tantôt, au contraire, cette lacune est remplie d'une série de faits imaginaires qui constituent un véritable épisode délirant intercalé entre deux périodes de vie réelle et dans lequel on peut retrouver ou non des idées et des actes antérieurement acquis par le malade.

Dans leur contenu et dans leur formation, ces épisodes ressemblent aux rêves. Ce sont comme des formes particulières de délire orinique, constituées par des troubles profonds de la mémoire.

Ces épisodes varient d'un jour à l'autre. Exprimés un jour, ils sont oubliés le lendemain, tandis que dans les délires oniriques vrais à base d'hallucination de la vue, le récit est invariable et revêt un caractère plus pénible.

OBSERVATIONS

F. Baf..., 32 ans. — Attaques très fréquentes. Affaiblissement marqué. Entre attaques, plaintes et idées de persécution. A la suite des vertiges, qui sont fréquents chez elle, elle présente un état maniaque : elle va, elle vient, elle court ; un jour au moment du déjeuner, elle est montée sur la table et s'est proménée au milieu des assiettes et des verres ne se souvenant de rien, quand elle est revenue à elle. Elle raconte que, dernièrement, elle a vu le médecin à deux heures de l'après-midi, qu'elle lui a causé et lui a demandé l'heure qu'il était, et cependant elle n'a vu personne ; quelques jours après, elle ne se souvient pas d'avoir vu le médecin à deux heures. Après son attaque, hébétude pendant un jour.

Dup..., 46 ans. — Affaiblissement intellectuel très marqué. Entre ses attaques, il est calme. A l'interrogatoire, il répond bien à certaines questions, à d'autres, il répond par « je ne sais pas ». Il raconte que, dernièrement, il a vu sa sœur

avec son petit neveu, qu'il leur a causé longuement et les a embrassés et il les a vu, en réalité la dernière fois, il y a un an et demi, à la gare de M... Sa mémoire présente des lacunes de défectuosités très marquées. Il semble qu'il localise mal dans le temps des scènes auxquelles il a assisté et que ces scènes qui ont eu lieu il y a des mois, se soient passées il y a quelques jours.

Mélancolie

Aussi fréquents que les états d'excitation et d'agitation, sont fréquents chez les épileptiques les états de dépression de l'activité psychique et d'inertie motrice, se manifestant sur un fond d'abattement et de tristesse de l'humeur et constituant de véritables délires mélancoliques.

D'accord avec la tradition ainsi qu'avec l'interprétation actuelle de la synthèse de la maniaque dépressive, nous excepterons de cette synthèse la mélancolie essentielle ou affective, mais, pour la commodité de la description, nous la placerons dans ce chapitre immédiatement avant la mélancolie symptomatique de la psychose périodique.

MÉLANCOLIE ESSENTIELLE OU AFFECTIVE

Comme la mélancolie ordinaire, la mélancolie affective des épileptiques est caractérisée par un état de l'humeur triste, par une inactivité motrice et une dépression psychique.

L'épileptique est triste, inquiet, abattu, désespéré. Son visage contracté exprime la souffrance; ses gestes, lents; ses paroles, basses; son regard, suppliant. Il reste isolé, taciturne, ou émet quelques plaintes au sujet des autres ou de lui-même, plaintes monotones et invariables. Indifférent à tout ce qui l'entoure, répondant à peine à son interlocuteur,

l'épileptique reste dans une attitude continue, impuissant à agir, parfois même à penser.

Quand l'anxiété apparaît, l'état d'inertie de cette forme simple se modifie notablement et une agitation s'ensuit avec plaintes, lamentations, cris, gestes violents, une angoisse des plus vives.

De la forme simple à la forme anxieuse, on rencontre tous les intermédiaires : forme délirante, stuporeuse, confusionnelle.

Le contenu des idées délirantes est variable. Les *idées d'incurabilité*, d'*humilité*, les *idées hypocondriaques* sont très fréquentes. L'épileptique se dit incurable, il ne guérira pas, son état est sans remède, il est inutile à la société, il est une « bête sans raison », il a mauvaise santé, sa langue est sale, son estomac digère mal...

Les idées de *culpabilité* et d'*auto-accusation* sont très rares. L'épileptique ne se dit pas coupable et il n'accuse pas autrui d'être cause de son mauvais état général. Il en accuse parfois l'épilepsie, suivant qu'il a plus ou moins conscience de son mal.

Parfois le délire mélancolique prend la forme d'un délire de persécution. L'épileptique émet des plaintes incessantes, mais monotones et invariables. Il précise mal ces plaintes : on lui en veut, on lui fait des misères. Quelquefois cependant il systématise mieux et connaît parfaitement ses souffrances et son ennemi. Mais, et en cela il diffère du persécuté ordinaire, il est résigné, il accepte tout cela sans réagir, parce que sa dépression qui est le fond de son état mental ne lui permet pas de réagir.

Quelquefois sans absences, vertiges ou attaques, mais le plus souvent à leur occasion se montrent des *états de stupeur profonde*. Pendant ces états l'épileptique est sans réactions physiques et psychiques. Le mutisme, le refus d'aliments, les attitudes cataleptiques sont observés. L'écllosion de ces états est aussi brusque que leur disparition ; la

durée moyenne est de deux ou trois jours ; l'amnésie est complète pour tous les faits déroulés pendant leur cours.

OBSERVATION

Dur..., 29 ans. — Affaiblissement marqué : Entre les attaques, il montre un caractère craintif. Il a toujours peur quand on s'approche de lui. Après une forte attaque, il y a un an, ce malade a présenté un état mélancolique aigu qui a duré un mois environ. Cet état était caractérisé par des plaintes, par une dépression morale profonde avec un état douloureux d'anxiété. Pendant ce temps, le malade n'a pas présenté de phénomènes convulsifs, et ce n'est qu'après la guérison de cet accès mélancolique aigu, qui du reste n'a pas réapparu, que les attaques ont recommencé.

Mélancolie symptomatique

Au point de vue clinique, la dépression mélancolique symptomatique est caractérisée par les mêmes symptômes fondamentaux que la mélancolie essentielle avec cette différence que la première présente une tendance aux récides fréquentes et que la seconde est rarement récidivante.

Le contenu de cette forme est le même que celui de la mélancolie affective. Ce sont en effet la même dépression, la même inertie, le même ralentissement des opérations mentales, mais ces symptômes sont atténués, légers.

OBSERVATIONS

F. Trach..., 36 ans. — Affaiblissement marqué. Une attaque par semaine, nombreux vertiges. Entre attaques, irritabilité accentuée : elle frappe ses voisines. Avant attaques, son irritabilité s'accroît. — Après attaques : dépression morale, émission de plaintes, de douleur, pleurs. Cet état de dépression dure une heure environ.

Cal..., 40 ans. — Ce malade est idiot et gâteux. Il prononce des paroles incompréhensibles. Ses attaques ne modifient pas d'une façon sensible son état mental habituel. — Après l'attaque, il est déprimé pendant cinq à six heures.

Tal..., 48 ans. — Ce malade est idiot. Il est incapable de donner un renseignement quelconque sur son état. Entre ses attaques, tantôt il crie, tantôt rien ne peut la laisser prévoir. — Après attaques, il est plongé dans la stupeur la plus profonde pendant deux à trois heures.

Délires hypocondriaques

Des préoccupations hypocondriaques sont surtout marquées et quelquefois si exagérées qu'elles constituent de véritables délires. L'épileptique se plaint de ne pouvoir pas digérer, de ne pas aller à la selle, de ne pas dormir, se croit incurable. Ces délires hypocondriaques surviennent par accès paroxystiques et sont soit indépendants de toute manifestation comitiale, soit le plus souvent, liés à ces mêmes manifestations.

Il n'est pas rare de voir associées à ces délires une angoisse, une anxiété très marquées. Cet état douloureux d'anxiété peut s'exagérer et donner lieu à des tentatives de suicide.

Ces accès dépressifs, toujours identiques, débutent comme ils se terminent, subitement. Ils durent quelques jours seulement, s'accompagnent d'une phase de calme pour apparaître de nouveau. Souvent ils s'associent de diverses façons à des accès de manie.

OBSERVATION

F. Rib..., 38 ans. — Affaiblissement intellectuel très marqué. Attaques fréquentes. Entre attaques, malade normal. Aux approches de son attaque, elle présente un entêtement opiniâtre. Elle refuse d'obéir. Elle se plaint continuellement de ne pouvoir aller à la selle. Cette préoccupation devient de plus en plus tenace au fur et à mesure que l'attaque approche. Après attaque hébétude durant deux à trois heures.

Psychose périodique proprement dite

Si la discussion des auteurs classiques était portée sur la classification relative aux formes des manifestations syndromiques de la psychose périodique en dehors de leurs phénomènes comitiaux, les travaux récents tendent à établir des rapports spéciaux et très étroits entre cette psychopathie et l'épilepsie. En admettant le principe d'analogisme au point de vue étiologique et symptomatique, Doutrebente, Anglade et Jacquin, ces deux derniers se basant aussi sur d'intéressants examens histologiques, ont tendance à considérer la psychose périodique comme une modalité nosographique de l'épilepsie. « Quelle que soit sa forme : alterne, à double forme ou circulaire, la folie périodique relèverait de l'épilepsie. »

Doutrebente a rapporté une observation d'un malade qui présenta d'abord du délire aigu, puis de la folie rémittente, puis de la folie à double forme pendant deux ans. Après cette dernière, pendant plusieurs années apparaissent des accidents convulsifs épileptiques, qui coïncident avec la disparition de la folie à double forme, de l'état délirant du malade, état qui durait depuis vingt ans. Le bromure améliora les attaques et cette amélioration fut suivie de la réapparition de la folie alterne.

Nous avons été heureux d'observer un cas de psychose périodique parmi nos malades. Notre malade présentait, il y a deux ans, des manifestations comitiales, lesquelles manifestations n'ont plus apparu depuis.

Ainsi on est tenté de croire que la psychose périodique est de nature comitiale ; que tantôt cette épilepsie se manifeste par des phénomènes convulsifs, tantôt par les différentes formes de psychose périodique, malgré l'incompatibilité de deux symptômes d'une même maladie, incompatibilité qui surprend à premier abord et cela d'autant plus que toutes les manifestations délirantes de l'épilepsie passées en revue jusqu'ici, surviennent presque toujours à l'occasion de phénomènes convulsifs ou vertigineux.

En plus, il y a lieu d'admettre que la psychose périodique est en raison inverse des phénomènes comitiaux qui disparaissent quand elle apparaît ; les uns n'existant qu'à l'exclusion des autres.

La forme à double forme semble la plus fréquente : à la suite d'un état maniaque, un degré plus ou moins marqué de dépression mélancolique s'ensuit, ces accès alternant avec des périodes d'accalmie, pendant lesquelles la susceptibilité et l'irritabilité restent caractéristiques de l'épileptique.

Ces accès récidivants ont tendance à se reproduire sous la même forme. Le contenu est invariable. L'apparition est brusque et parfois brutale ; les réactions violentes ne sont pas rares.

OBSERVATION

F. Cab. . . , 38 ans. — Epileptique dès l'âge de 14 ans. Au début, les attaques revenaient tous les mois, plus tard, tous les quinze jours, mais plus graves et plus longues. En même temps, malade devient très irritable, impulsive, violente. Par suites de réactions violentes, elle était internée. A l'Asile, elle présentait des attaques convulsives tous les mois et pendant

5 mois. Puis, subitement, au mois d'octobre 1920, elle présenta un état d'excitation et d'agitation très violente, très impulsive, qui dura une semaine. Le mois prochain, le même état maniaque se substitue à l'attaque convulsive. Pendant cet état, elle crie, elle chante, elle jubile, elle bat les gardiennes. Au début de ces accès paroxystiques, elle reste parfois immobile, fixant un point de l'espace comme si elle voyait quelque chose et crie pendant des heures : « il y a un Dieu, il y a un Créateur » « Mon Dieu, sauvez mon enfant », etc. . . , puis tombe dans un état d'agitation extrême et continue, qui dure toujours une huitaine de jours. La fin de ces accès est caractérisée par une dépression mélancolique avec pleurs, émission de plaintes, préoccupation de son état, de sa famille. De ces accès maniaques dépressifs périodiques, apparaissant toujours à l'époque de menstruation, elle ne garde aucun souvenir. En plus, avec leur apparition, les phénomènes comitiaux ont disparu complètement, voilà bientôt deux ans. En dehors de ces accès, elle est calme, d'un caractère normal.

AUTOMATISME — États seconds

L'automatisme, l'action réflexe apparaissent chez tout épileptique comme un mode de réaction habituel. Nous les avons rencontrés soit rudimentaires, soit développés au cours des délires précédents, mais du fait qu'ils acquièrent parfois une importance de haut degré il convient de les placer à part. L'ictus, frappant les centres psychiques supérieurs, les anéantit, supprime leur action. L'esprit entraîné par des associations d'idées vicieuses, rétréci, se localise sur un groupe d'idées fausses. L'individu ne réagit envers le monde extérieur qu'avec ses seuls centres inférieurs, automatiques et réflexes. Ainsi se constitue l'état second, durant lequel la perte de la conscience est complète et pendant lequel il existe une sorte de conscience pathologique, qui fait que l'épileptique, quoique émettant entre lui et le milieu des rapports erronés, semble se conduire souvent

comme un être normal et capable d'accomplir des actes parfois assez compliqués et adaptés. Comme l'état second est le fait d'opérations intellectuelles tellement défectueuses et éloignées des opérations intellectuelles normales, il n'est pas inscrit dans la mémoire. L'amnésie est absolue pour tous les faits déroulés pendant son cours.

Les relations qui existent entre les états seconds et les autres manifestations comitiales sont étroites. Le plus souvent ils surviennent après des absences, des vertiges, des attaques. Plus rarement ils éclatent avant eux. Beaucoup plus rarement ils se montrent en dehors d'eux.

Suivant leur durée, les états seconds se présentent sous des formes diverses : absence, fugues, automatisme ambulateur, impulsions.

L'absence est une forme rapide de l'état second. Sa durée est de quelques secondes seulement.

Les *fugues* sont tantôt très courtes, tantôt d'une durée considérable. Lorsqu'elles sont courtes, elles se présentent sous forme d'un déplacement automatique, brusque et inconscient, qui saisit le malade au milieu de ses occupations et le pousse à aller aveuglément droit devant lui, sans aucune direction déterminée. Au bout de quelques instants, le sujet reprend brusquement conscience de lui-même, ne se rappelant de rien. Il ne revient presque jamais à son point de départ. Durant cet état, il présente une allure anormale, il est hébété.

L'automatisme comitial ambulateur est une sorte de fugue, mais dont la durée est assez longue, de quelques minutes à quelques heures, et pendant laquelle le sujet accomplit des actes les plus variés et en rapport avec ses habitudes et ses besoins les plus divers : il traverse des rues, croise des personnes, prend garde des accidents éventuels pendant son déplacement et se comporte comme un être normal.

Lorsque la fugue dure d'un à plusieurs jours elle constitue une forme spéciale de *vagabondage*. Durant cet état, le malade erre pendant des jours entiers, parcourt des distances quelquefois énormes sans prendre de nourriture et de repos. Parfois les actes accomplis sont très coordonnés et reproduisent nettement la vie habituelle du malade, qui ne manifeste aucun état pathologique apparent.

Charcot cite à ce sujet l'observation d'un malade qui resta deux jours et deux nuits à errer dans Paris, sans conserver ensuite le moindre souvenir de ses actes pendant tout ce laps de temps. L'eau de la Seine, dans laquelle il s'était jeté, le réveilla tout étonné de s'y trouver. Durant ces accès, le malade se promène, voyage en chemin de fer, monte sa montre, accomplit en un mot des actes compliqués et finit par sauter dans la Seine. Il reprend ses occupations et vingt jours après se produit une nouvelle fugue. Pendant trente-six heures il va à l'aventure; puis il se souvient qu'il est entré dans un restaurant où il a commandé un *beefsteak* qu'il n'a du reste pas mangé. Il était à ce moment-là midi. De midi à cinq heures du soir, nouvelle éclipse de sa mémoire. Enfin, à cinq heures du soir il se réveille sur le pont d'Asnières.

Ce malade n'avait jamais eu d'absences, de convulsions, quand à l'âge de trente-quatre ans débuta son premier accès d'automatisme comitial.

Cabadé a publié la fugue d'un malade qui se rend à pieds en sept jours de Bordeaux à Hyères.

Ces états seconds épileptiques (absences, fugues, automatisme ambulateur) se manifestent parfois par des actes absolument nouveaux ne rappelant en rien ceux de la vie habituelle du malade. Ces actes sont tantôt sans gravité, tantôt au contraire très nocifs et très dangereux, pour le sujet ou pour les autres, provoquant jusqu'au suicide et l'homicide. Ils sont la manifestation automatique et réflexe d'une idée spontanée et constituent des *impulsions* très variables, autres que le suicide et l'homicide, tels que l'exhi-

bitionnisme, la kleptomanie, la pyromanie, etc... Ces impulsions sont soudaines, rapides, violentes. Ce qui les caractérise surtout c'est qu'elles sont automatiques, inconscientes et amnésiques.

OBSERVATIONS

F. Eug..., 68 ans. — Affaiblissement intellectuel très marqué. Après attaques, automatisme ambulatoire avec amnésie consécutive. — Entre ces attaques, affaiblie, répond à peine aux questions posées. Après son attaque, elle est hébétée pendant cinq heures, puis déambule et présente un état d'agitation automatique pendant deux ou trois heures. Amnésie de ces actes automatiques est absolue.

F. Gris..., 42 ans. — Malade idiote. Avant et entre ses attaques, rien de particulier. Après son attaque, actes automatiques : elle va et vient, elle bouscule ceux qu'elle trouve sur son passage. Elle est très irritable, elle déchire son linge, frappe et égratigne ses voisines. Cet état d'agitation automatique dure environ quatre heures. Amnésie consécutive complète.

F. Del..., 38 ans. — Entre ses attaques, présente un caractère normal. Avant attaque : aura émotive (comme si elle avait un mauvais pressentiment). Les attaques surviennent surtout au moment des règles, quelques jours après. Après son attaque elle est hébétée pendant deux heures, puis elle accomplit des actes automatiques, dont elle ne garde aucun souvenir. Elle se promène, elle court, elle renverse des chaises et des bancs en déambulant. — Lorsque l'attaque survient la nuit, elle se lève, déambule dans le dortoir, et le lendemain ne se souvient de rien.

Buis... 47 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. Caractère irritable. Attaques nocturnes. Après ses attaques, il se lève, déambule, urine sur le parquet, puis se recouche. De ces actes automatiques, il ne conserve aucun souvenir.

Grin..., 21 ans. — Début très jeune... Entre attaques, très irritable, querelleur, violent. Après attaques, irritabilité plus prononcée, des actes impulsifs avec amnésie consécutive. Il a tué, un jour, après son attaque, à coup de bâton, un chat dans la cour du quartier, sans en conserver le moindre souvenir.

Mer..., 29 ans. — Affaiblissement très marqué. Entre attaques irritabilité très prononcée ; il se bat et cherche à se battre à tous moments. — Après attaques, il ramasse tous les objets qu'il trouve et les cache sous son oreiller. Revenu à lui, il est tout étonné de se trouver en leur possession. Il ne conserve aucun souvenir de ses actes automatiques.

Chauc..., 47 ans. — Entre attaques, malade calme, doux. Avant attaque, il se met à courir, puis tombe. Après attaque, déambulation continue, dont il ne conserve aucun souvenir.

Bouv..., 34 ans. — Peu d'affaiblissement intellectuel. Entre ses attaques, il est normal. Avant son attaque, rien de particulier. Après son attaque, il est hébété pendant une heure, puis se lève en emportant sur le dos son coussin et ses couvertures. Le gardien l'a surpris à deux reprises voulant porter ce bagage dehors. Quand il revient à lui, il ne se souvient de rien.

Bal..., 37 ans. — Début huit ans. Entre attaques, il est d'un caractère normal. Il possède l'habitude de pédérastie. Avant l'attaque, il ressent une douleur au creux de l'estomac. Après attaques, déambulation continue sans souvenir.

Vig..., 29 ans. — Idiot. Entre attaques, onanisme et tendance à la pédérastie. Après attaque, il va et vient, tantôt court, fait des grimaces, puis ne se souvient de rien.

Mab..., 30 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. Avant et entre ses attaques, rien de particulier. Après attaques, déambulation automatique.

Mar..., 42 ans. — Affaiblissement marqué. Entre atta-

ques, impulsion d'onanisme. — Avant attaques, il a mal à la tête. Après attaques, actes automatiques semblables aux actes habituels : il prend des brosses et ciré le parquet. Amnésie consécutive complète.

Fer... , 39 ans. — Débilité. Entre attaques, très irritable, violent. Après attaques, commet des actes automatiques inutiles : frotte ses pieds contre le gazon de massif situé dans le quartier, arrache les fleurs. Il ne garde aucun souvenir de ces actes automatiques.

Dag... , 31 ans. — Affaiblissement intellectuel marqué. Entre ses attaques, il est calme. Après ses attaques, il se lève, se promène, et ne se souvient de rien. A la suite d'une attaque, il a commis un incendie dont il ne se souvient pas et qui a amené son internement.

Bourg... , 44 ans. — Débilité mentale. Entre attaques, il parle beaucoup et marche toute la journée sans s'arrêter. Présente du délire mystique : il a vu le Bon Dieu trois fois et c'est lui qui lui a dit de marcher beaucoup pour mieux travailler chez lui quand il aura sa sortie. Après attaques, il est hébété pendant une heure environ, puis commet des actes habituels d'une manière automatique et inconsciente.

Démence épileptique

« La démence est le terme à peu près fatal auquel viennent aboutir les formes diverses du mal comitial. » (A. Dutil). — L'évolution démentielle est en raison directe avec le terrain, les appoints toxiques, l'intensité et la fréquence des crises. Ce qui caractérise surtout cette démence épileptique, c'est sa marche lente, irrégulièrement progressive et rémittente, c'est-à-dire l'affaiblissement mental diminuant avec l'espacement des accès paroxystiques. Au bout de plusieurs années, les rémittences disparaissent généralement et l'affaiblissement intellectuel est global et permanent. Le malade est réduit à une vie végétative avec

gâtisme. Cependant des accès d'impulsion, de violence, d'excitation et d'agitation ne sont pas rares au cours de cet état démentiel définitif et irrémédiable.

La démence épileptique survient plutôt à l'âge adulte qu'à la sénilité. Cette démence de l'adolescence est fort semblable à l'idiotie. On l'observe fréquemment parmi les malades des asiles : « c'est l'idiotie épileptique acquise ». Parfois, elle se rapproche des formes plus ou moins simples de la démence précoce, surtout quand elle survient au début de l'âge adulte.

OBSERVATIONS

F. Rin..., 25 ans. — Malade idiote. Entre attaques, elle déchire, mord, frappe. La nuit, elle se lève souvent pour frapper ses voisines. Après attaques, elle est encore plus mauvaise : elle griffe, crie, mord, pleure, déambule. Cet état d'agitation et d'excitation très marqué dure environ un jour.

F. Dar..., 37 ans. — Idiotisme. Entre attaques, irritabilité : elle mord, crache à la figure de ses voisines. Avant attaque, agitation plus intense. Elle donne des coups de pieds et répète constamment la même phrase. Après attaque hébété pendant deux heures environ.

F. Buis..., 56 ans. — Idiotisme. Gâtisme. Entre attaques des moments de violence et de colère. Avant attaques, rien de particulier. Après attaques, elle est méchante, excitée.

CHAPITRE II

Les délires chez les épileptiques liés à une autre cause que l'épilepsie.

Les délires que l'on observe chez les épileptiques sont très souvent liés à une cause autre que l'épilepsie.

La dégénérescence mentale, sous tous ses états — l'idiotie, l'imbécillité, la débilité, ou les diverses déséquilibractions — provoque, ainsi que l'épilepsie, des conditions mentales spéciales au cours desquelles apparaissent des délires plus ou moins systématisés, des absences ou des impulsions.

L'épilepsie chez un même sujet peut exister avec une infection, une intoxication ou une auto-intoxication. Comme ces dernières ne provoquent le plus souvent de délires « qu'en raison d'un degré plus ou moins marqué de dégénérescence mentale », cette dernière tient en somme le rôle capital.

Tantôt, chez l'épileptique, il n'existe qu'un délire ou une série d'épisodes délirants, liés soit à une cause congénitale — telle que la dégénérescence mentale, — soit à une cause acquise ; tantôt, au contraire, on peut constater plusieurs délires, et alors l'un peut être lié à une cause congénitale, l'autre à une cause acquise, ou l'un et l'autre liés soit à une cause congénitale, soit à une cause acquise.

Dans le cas des délires chez les épileptiques liés à un effet de la dégénérescence mentale, on mentionne comme

les plus fréquents les délires de persécution mal systématisés, à base d'interprétation délirante. Parfois sur le fond de débilité se greffe une cause de délire acquise, l'alcoolisme surtout, et alors il s'agit d'un épileptique qui délire comme un simple débile alcoolique.

L'épileptique peut présenter des obsessions, des impulsions liées à la dégénérescence. Dans ce cas les caractères distinctifs de ces obsessions épileptiques sont l'inconscience et l'exécution immédiate de l'idée sans lutte angoissante, comme il en est d'ordinaire.

Des délires liés à une cause acquise, se greffant ou non sur un degré de dégénérescence, peuvent se manifester sous forme des état maniaques ou mélancoliques avec les mêmes caractères que les états maniaques ou mélancoliques ordinaires.

Les infections, les intoxications, les auto-intoxications sont les causes acquises les plus fréquentes. Elles se manifestent surtout dans le cas de prédispositions spéciales, par des délires qui leur sont propres. Parmi les intoxications, la plus intéressante par sa netteté et sa fréquence est l'intoxication alcoolique, qui se traduit par ses symptômes habituels.

CHAPITRE III

Des délires dans les épilepsies symptomatiques.

Les épilepsies symptomatiques sont très nombreuses. Les plus intéressantes et les plus fréquentes sont les épilepsies : 1) traumatiques, 2) des tumeurs cérébrales, 3) de la paralysie générale, 4) de l'alcoolisme, 5) du saturnisme, 6) de l'urémie, 7) de la puerpuéralité.

Des délires dans l'épilepsie traumatique

Le traumatisme crée quelquefois des lésions, qui, après un temps plus ou moins long, se relèvent subitement d'une façon dramatique par des accidents convulsifs, des absences et des vertiges.

Les délires de l'épilepsie traumatique rappellent ceux de l'épilepsie ordinaire. Ces délires apparaissent le plus souvent en rapport avec les phénomènes comitiaux, quelquefois avant eux, le plus souvent après eux. Beaucoup plus souvent, ils ne sont pas liés à ces phénomènes. Les caractères communs à ces délires sont les mêmes que ceux de l'épilepsie ordinaire. C'est le même début soudain, la même violence, la même brièveté, le même automatisme, la même inconscience, la même amnésie.

Des délires dans l'épilepsie provoquée par les tumeurs cérébrales et la syphilis

Ces épilepsies sont partielles ou généralisées.

Dans les épilepsies partielles on observe rarement des délires.

Ferré a cité le cas d'un malade qui présentait alternativement des crises d'épilepsie partielle et des impulsions irrésistibles et violentes.

Fournier a rapporté un cas analogue à ce dernier. Il a encore observé chez un autre sujet des crises psychiques à forte extatique.

Cependant Ferré admet « qu'un très grand nombre d'individus, atteint d'épilepsie partielle ont en même temps des équivalents psychiques ; tantôt c'est une folie avec perte de connaissance, tantôt c'est une simple obnubilation de la vue ; d'autres fois c'est une hallucination subjective, un trouble psychique momentané. »

Dans les épilepsies généralisées, les troubles délirants sont fréquents quelle que soit la nature de la tumeur. Ces délires se présentent sous les formes absolument semblables à celles de l'épilepsie ordinaire. Mais ces délires ne sont pas isolés. Avec des phénomènes délirants, vertigineux ou convulsifs existent d'autres symptômes, tels que troubles oculaires, monoplégies, hémip légies, surdité, cécité verbale, aphasie, agraphie, etc., symptômes de localisation qui permettent de reconnaître la tumeur cérébrale, parfois même de préciser son siège. Ces délires liés aux tumeurs cérébrales sont dûs soit à la localisation de la tumeur, soit à des phénomènes d'infection secondaire développée autour de la tumeur et déterminant là un maximum de lésions inflammatoires, soit à des phénomènes d'auto-intoxication surajoutés.

Mon-Seneux et Mignot citent à ce sujet l'observation

d'un homme de 75 ans qui fut atteint d'un état maniaque post-convulsif avec hallucination de la vue et de l'ouïe, d'une terminaison aussi brusque que son début et d'une durée très courte et chez lequel l'autopsie releva la présence dans les hémisphères cérébraux de 24 hydatides, dont six étaient situés dans les deux lobes temporaux.

Des délires dans l'épilepsie symptomatique de la paralysie générale

La paralysie générale provoque soit des convulsions partielles, soit des convulsions généralisées.

Les premières sont plus fréquentes que les secondes. Elles sont limitées parfois à un groupe de muscles, muscles de la face notamment ou à toute une moitié du corps. Elles ne s'accompagnent que tout à fait exceptionnellement d'un délire quelconque.

Les convulsions généralisées apparaissent spontanément ou au contraire au milieu soit d'un état maniaque, soit d'un état mélancolique, avant ou après ces états, qu'elles n'interrompent pas. Ces convulsions généralisées sont suivies généralement d'un état de fatigue intellectuelle marquée et l'affaiblissement mental se révèle plus net qu'au paravant.

Des délires dans l'épilepsie alcoolique

L'épilepsie alcoolique détermine des délires semblables à ceux de l'épilepsie ordinaire. Le plus souvent ils rappellent les états maniaques hallucinatoires de cette dernière. C'est la même excitation, la même agitation, les mêmes hallucinations de la vue, surtout les mêmes réactions impulsives et automatiques, la même inconscience, la même amnésie.

Toutes les boissons alcooliques jouissent de tristes privilèges de provoquer les convulsions et les délires.

Des délires dans l'épilepsie saturnine

Les délires de l'épilepsie saturnine sont associés ou non à d'autres manifestations de l'intoxication saturnine, telle que coliques, astralgie, névralgies diverses.

Ces délires sont instables, irréguliers et affectent le plus souvent les mêmes caractères que ceux des états maniaques, avec hallucinations, de l'épilepsie ordinaire. Parfois, ils sont calmes, à base d'interprétations délirantes, seules ou associées aux hallucinations.

Des délires dans l'épilepsie urémique

Ces délires coexistent presque toujours avec d'autres manifestations que les convulsions, telles que dyspnée, albuminurie, petits accidents du brightisme, etc.

Ces délires révèlent l'aspect d'états maniaques mélancoliques, de délires de persécution, érotiques et religieux. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont associées ou non à ces états (Dieulafoy). Ce qui caractérise surtout ces délires ce sont la conservation habituelle de la conscience et le manque d'amnésie.

Des délires dans l'épilepsie puerpérale

En même temps que les phénomènes d'éclampsie, la septicémie puerpérale provoque des délires. Ces délires ont un début brusque. Ils sont constitués par de la confusion hallucinatoire aiguë, avec accès d'excitation, de dépression ou parfois de stupeur. Leur durée et leur gravité sont variables.

CHAPITRE IV

Diagnostic, Pronostic et Traitement

Les délires chez les épileptiques présentent en général des caractères communs qui permettent de les reconnaître. Ces caractères sont : le début et la terminaison brusque, l'identité des accès, l'abolition plus ou moins complète de la conscience, l'amnésie plus ou moins marquée. Si d'autres manifestations épileptiques existent en même temps le diagnostic est facile. Si ces manifestations font défaut le diagnostic est beaucoup plus difficile. En tout cas, quelque soit le diagnostic probable de l'épilepsie, il faut toujours s'entourer de toutes les précautions possibles, interroger et rechercher les antécédents, car les vrais signes de certitude sont les autres phénomènes comitiaux, absence, vertiges, attaques. Souvent l'on découvre l'un de ces autres symptômes et l'épilepsie larvée n'était qu'une épilepsie méconnue. Si l'équivalent psychique est le seul phénomène observé, quelque soit la forme psychique qu'il affecte, les caractères habituels et communs de ses délires indiqueront s'il y aura lieu de les rattacher à la cause de l'épilepsie.

Le diagnostic des délires liés à une cause autre que l'épilepsie sera basé sur la coexistence de ces délires avec d'autres signes de ces causes.

Dans le cas des délires liés à une épilepsie symptomatique, le diagnostic sera également basé sur la coexistence

avec d'autres signes de ces affections qui ont provoqué ces épilepsies. La nature de ces autres signes fera rapporter ces délires à leur véritable cause.

Cette notion de la cause devra donc être toujours établie, qu'il s'agisse des délires liés à l'épilepsie ordinaire, à la dégénérescence mentale sous toutes ses formes, aux conditions mentales qui provoquent les délires mystiques, les impulsions ou obsessions, la manie, la mélancolie, la psychose périodique ; à une infection ou une intoxication, à l'épilepsie traumatique, des tumeurs cérébrales, de l'alcoolisme, de la paralysie générale, de l'urémie, de la septicémie puerpérale.

Ce diagnostic est d'un intérêt primordial pour la médecine légale. L'épilepsie larvée provoque des actes délictueux, criminels nombreux, mais quand elle est reconnue elle entraîne l'irresponsabilité. Aussi dans ces cas on ne saurait s'entourer de trop de précautions. Il faut examiner tous les antécédents du sujet, héréditaires et personnels, étudier l'acte en lui-même, les circonstances qui l'ont entouré et si vraiment l'acte a été accompli sans but, sans utilité inexplicable, avec des caractères d'insouciance, d'inconscience, d'irrésistibilité, d'automatisme ou d'acte réflexe. de violence féroce, non proportionnée à l'effet désiré, d'amnésie, on doit admettre l'épilepsie larvée quelle que soit la forme psychique qu'elle revête.

Si l'épilepsie à accès convulsifs paroxystiques espacés est compatible avec une vie longue et plus ou moins normale, l'épilepsie à manifestations psychiques est d'un diagnostic beaucoup plus sombre et d'autant plus sombre que ces manifestations sont durables, qu'elles comportent des réactions dangereuses et ont une tendance aux récidives fréquentes, pouvant évoluer dans ce cas vers un affaiblissement démentiel définitif.

Le traitement des délires liés à l'épilepsie n'est qu'un traitement symptomatique et non curatif. La médication

bromurée a une efficacité incontestable. On l'employait à la fois comme un moyen de traitement et de diagnostic, moyen de diagnostic qui avait son importance pour révéler les formes psychiques de l'épilepsie larvée. Nous avons employé du gardénal associé au bromure de potassium ou au choral. Il nous a donné, dans quelques cas, des résultats satisfaisants.



CONCLUSIONS

1° Il est peu d'épileptiques convulsifs qui ne présentent à quelque moment et de quelque façon des troubles psychiques et dont le fonctionnement des facultés cérébrales soit à l'abri de la décharge épileptique.

2° Aux troubles intellectuels et psycho-sensoriels variables, correspondent des manifestations psychopathiques variables.

Parmi ces manifestations figurent par ordre de fréquence : le délire systématisé de persécution, les états maniaques, les états mélancoliques, les états démentiels, le délire mystique, le délire hypochondriaque, la fabulation, la psychose périodique proprement dite.

3° Ces troubles et les manifestations qui en résultent sont liés soit à l'épilepsie elle-même, soit à une cause, congénitale ou acquise, autre que l'épilepsie, telle que la dégénérescence mentale, les intoxications, les infections, soit à la fois à l'une et l'autre de ces causes.

4° Les caractères communs des manifestations psychopathiques des épileptiques sont : l'éclosion et la terminaison brusques, la tendance aux récives fréquentes, l'identité des accès paroxystiques, l'abolition plus ou moins complète de la conscience.

Des réactions, quand elles ont lieu, sont presque toujours accomplies avec l'insouciance, l'inconscience, l'irrésistibilité, la violence féroce et sans but.

- 5° Les relations qui existent entre les manifestations psychopathiques et les phénomènes comitiaux sont tantôt étroites, tantôt éloignées ; le plus souvent, ces manifestations apparaissent après les accès convulsifs.
- 6° La psychose périodique proprement dite existe en raison inverse des autres phénomènes comitiaux, qui disparaissent quand elle apparaît ; les unes n'existant qu'à l'exclusion des autres.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

VU :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Juillet 1922.

Pour le Recteur de l'Académie.

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

- AGRICOLE. — Équivalents délirants des accès épileptiques. (Thèse de Paris, 1899).
- ANGLADE et JACQUIN. — Psychose périodique et épilepsie. (*Encéphale*, 1907, t. 1, 567-585).
- AUJALEU. — Considérations sur les manifestations hypochondriaques dans le cours de l'épilepsie. (Thèse de Toulouse, 1901).
- AUSSOLEIL. — Quelques observations d'épilepsie larvée. (Thèse de Montpellier, 1890).
- BALLET (G.). — Traité de Pathologie mentale.
- BARBERIS. — Furore epilettico. (*Arch. de Psych.*, 1901).
- BILLOT. — Épilepsie larvée. (*Ann. Méd. Psych.*, 1858).
- Des maladies mentales et nerveuses.
- BREGMANN (L.). — Ueber das automatisme ambulatorio. (*Ann. in A. Z. f. P.*, 1901, 214).
- BROUARDEL. — Traité de médecine légale.
- BOUCHET et CAZAUVIEILH. — De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. (*Arch. gén. de Méd.*, Paris, 1825).
- CABADÉ. — Un cas d'automatisme ambulatorio. (*Arch. Clin. de Bordeaux*, avril 1895).
- CALMEIL (L.-E.). — De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale, 1824.
- CHARCOT. — Leçons cliniques du mardi, 1889. Leçons cliniques des maladies du système nerveux, 1889-1891.
- De l'épilepsie partielle d'origine syphilitique. (*Progrès Médical*, Paris 1877, v. 21, 61).
- CHATELAIN. — Troubles mentaux chez les épileptiques. (*Ann. Méd. Psych.*, 1890).
- CHEVELAND. — L'épilepsie dans ses rapports avec la folie. (*In Arch. de Neur.*, 1880-81).
- CHRISTIAN. — Épilepsie, folie épileptique, Paris 1890.

- COPPELETTI. — Contributio allo studio dell epilessia psichica. (Acad. Méd. Chir., de Ferrare 1900).
- DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, Paris, 1854.
- DINTER. — Ueber epileptische Seelenstoerung. (*A. Z. f. P.*, XLVIII, 403).
- DOUTREBENTE. — Épilepsie larvée. (*Ann. Méd. Psych.*, 1886, II).
- DUCASTÉ. — L'épilepsie consciente et amnésique. (Thèse de Bordeaux, 1899).
- La démence épileptique. (*Soc. Méd. Psych.*, novembre 1913).
- ECHEVERRIA. — On the epileptic violence. (*Journ. of. Ment. Science*, 1885).
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, 1838, I.
- FALRET. — Étude clinique sur les maladies mentales et nerveuses.
- De l'état mental des épileptiques. (*Arch. gén. de Méd.*, 1860).
- FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques.
- FLEURY (DE). — Recherche sur l'épilepsie, 1900.
- FOURNIER. — De l'épilepsie syphilitique, Paris, 1876.
- FURSAC (ROGUES DE). — Manuel de Psychiatrie, 1917.
- GUILLERMIN. — Sur la manie épileptique. (Thèse de Paris, 1857).
- HAUSHALTER. — Du délire épileptique. (Thèse de Strasbourg, 1853).
- JACKSON (H.). — Des troubles intellectuels momentanés qui suivent l'accès épileptique. (*Revue Scient.*, 19 février 1875).
- On a particular variety of epilepsy. (*Brain*, 1888, p. 179).
- JANNIN. — De l'épilepsie larvée. (Thèse de Paris, 1875).
- JOFFROY. — Des rapports de l'alcoolisme et de l'absinthisme avec l'épilepsie. (*Gaz. Hebd.*, 1900).
- JOFFROY et DUPOUY. — Les fugues, Paris, 1909.
- KRAEPELIN. — Psychiatrie, Leipzig, 1910-1913.
- KRAFFT-EBING. — Traité de Psychiatrie, trad. E. Laurent.
- Ueber epileptische psychosen. (*In Arb. a. d. Gesamtgeb. de Psychiat. u. Neuropath.*, Leipzig, 1898, 3 Hft, 139-174).
- Folie périodique sous forme de délire dans l'épilepsie.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La pratique psychiatrique, Paris, 1919.
- LASÈGUE. — Pathogénie de l'épilepsie.
- LEGRAND DU SAULLE. — Étude médico-légale sur les épileptiques.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893.
- + Leçons cliniques sur l'épilepsie.
- MAXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. (Thèse de Bordeaux, 1903).

- MOREL. — D'une forme de délire, suite d'une excitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite de l'épilepsie. (*Gaz. Hebd. Méd. et Chir.*, 1860).
- PARANT. — Les impulsions irrésistibles des épileptiques, 1896.
- PITRES. — Automatisme ambulatorio dans ses rapports avec l'épilepsie. (Congrès des Alién. et Neurol., Bordeaux, 1895).
- PITRES et RÉGIS. — Obsessions et impulsions, Paris, Doin, 1902.
- PRIBAT. — De l'exhibition chez les épileptiques. (Thèse de Paris, 1894).
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, 1914.
- SÉGLAS et SOLLIER. — Folie puerpérale. Amnésie. (*Arch. de Neur.*, n° 60).
- TOULOUSE et MARCHAND. — Équivalents délirants des accès convulsifs chez une épileptique. (*Soc. de Biol.*, 7 janvier 1919).
- VIBERT. — Précis de médecine légale, 1921.
- VOISIN. — L'épilepsie, 1897.

